

兒童健康與殘障預防計劃 (CHDP)

預先登記申請表

家長或病人須知

- 欲今天接受免費健康檢查，您必須填寫本表格。我們會對您提供的資訊保密。此為自願參加計劃（「加州法規集」第17篇第6802條和6832條）。
- 如果您填寫並簽署本表格，您或您的子女今天可以有機會接受免費的全面健康檢查，並且在這個月和下個月可以有機會接受免費的牙科、眼科、心理科及其他健康服務。

病人是否不足 19 歲？

☐ 是☐ 否

您家中有幾口人？

您的家庭税前收入是多少？

\$

每月

或\$

每年

- 您本人或您的子女可能有資格繼續享受透過加州醫療保健計劃（Medi-Cal）或健康家庭計劃（Healthy Families）提供的健康護理福利。如果您對本問題的回答「否」，病人享受的健康、牙科和眼科福利將於下個月底終止，但仍然有資格享受 CHDP 預防性服務。

我希望申請繼續享受透過 Medi-Cal 或 Healthy Families 計劃提供的福利。

☐ 是☐ 否

病人資訊

病人是否有加州福利身份卡（BIC）或 Medi-Cal 計劃卡？

☐ 有☐ 無

如果有，BIC 卡上的身份號碼（如有）是什麼？

病人姓名——姓

名

中間名

出生日期（月 / 日 / 年）

性別

☐ 男☐ 女

☐ 如果您無家可歸，請標選該方框。在「家庭住址」一欄填寫大致地點，並填寫「郵寄地址」一欄。

家庭住址

公寓號碼

城市

州

郵遞區號

居住郡

郵寄地址（如果與家庭住址不同）

公寓號碼

城市

州

郵遞區號

病人社會安全號碼（可選擇不填）

母親姓名——姓

名

家長 / 法定監護人資訊

家長 / 法定監護人或獨立未成年病人姓名——姓

名

中間名

住宅電話號碼

工作電話號碼

留言電話號碼

()

()

()

您在家中講何種語言？

最便於閱讀的語言是什麼？

保證

本人謹申請今天進行 CHDP 健康檢查。本人證實本人已經閱讀並理解本表格。本人保證本人提供的資訊真實、準確、完整。

家長 / 監護人或獨立未成年簽名

與病人關係

日期

每一個人都有權查閱包含其個人資訊的記錄。本資訊由健康服務部負責保存，該部門的地址是：Department of Health Services, P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234-7320。本資訊的副本將與您的子女的醫療記錄同放一處保存。